

2017

$\beta \ddot{y} \ddot{Y}^1 \hat{A} \zeta \gg^1 \ddot{A}^{10} - \hat{A} \ddot{A} \zeta \hat{A} \pm^3 \hat{A} \ddot{A}^{1/4} \hat{A} \zeta \hat{A}$   
 $\beta \ddot{y} \ddot{Y} \hat{A}^3 \pm^{1/2} \hat{A}^{1/4} \zeta \hat{I} \neq^3 \mu^- \pm \hat{A} \ddot{A} \mu \pm \hat{A}, \mu^{1/2}$   
 $\beta \ddot{y}^0 \pm \hat{A}^{0-1/2} \zeta \ddot{A} \mu \mu \hat{A}^- \hat{A} \mu' \zeta \hat{A} \acute{E} \ddot{A} \zeta^2 \neg,$   
 $\beta \ddot{y} \hat{A} \zeta^{1/2} \ddot{A}^- \pm \hat{A} \neq^3 \mu^- \pm \hat{A}$

$\beta \ddot{y} \S \pm \hat{A} \pm \gg \neg^{1/4} \hat{A} \zeta \hat{A} \hat{A}, \S \hat{A} \hat{A} \ddot{A} \neg^{1/2},$

$\beta \ddot{y} \hat{A} \hat{A}^3 \hat{A} \pm^{1/4} \hat{A} \pm \cdot \cdot^{1/4} \hat{A}^{1 \pm \hat{A}} \hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}, \text{£} \zeta \zeta \gg \text{®} \ddot{Y}^{10} \zeta^{1/2} \zeta^{1/4} \hat{A}^{10} \hat{A}^{1/2} \cdot \hat{A} \hat{A} \hat{A} \cdot \hat{A} \hat{A}^{1/2} \hat{A}^{0 \pm 1} \hat{A} \hat{A} \hat{A}^{-0}.$   
 $\beta \ddot{y} \pm^{1/2} \mu \hat{A} \hat{A} \hat{A} \text{®} \hat{A} \hat{A} \zeta \cdot \mu \neg \hat{A} \zeta \gg^1 \hat{A} \neg \text{Æ} \zeta \hat{A}$

---

<http://hdl.handle.net/11728/10376>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκηση**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Δημόσια**

**Διοίκηση (ΜΡΑ)**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***“Οι πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε ασθενείς με καρκίνο σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”.***

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Χρυσάνθη Χαραλάμπους**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: 1153303028**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου**

**ΠΑΦΟΣ 2017**

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η αυξανόμενη τάση με νέα περιστατικά καρκίνου παγκοσμίως , εγείρει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην ανάπτυξη συστημάτων πολιτικής για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Ταυτόχρονα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προωθείται ολοένα και περισσότερο από τις κυβερνήσεις και τους χρηματοδότες υγείας παγκοσμίως, ως το προτιμώμενο περιβάλλον για την περισσότερη υγειονομική περίθαλψη για λόγους αυξανόμενης ανάγκης, για τη σταθεροποίηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και για την προσαρμογή της προτίμησης των ασθενών για φροντίδα κοντά στο σπίτι.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των συστημάτων πολιτικής του Π.Ο.Υ., που ασκούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ασθενείς με καρκίνο.

**Μέθοδος:** Η αναζήτηση έγινε σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και επιλεγμένους διαδικτυακούς τόπους, από τον Φεβρουάριο 2017 μέχρι τον Απρίλιο 2017. Τελευταία ημερομηνία αναζήτησης 10 Απριλίου 2017. Συγκεκριμένα έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων: Pubmed, Medline, Cochrane Library, CINAHL, Elviesier, Google scholar, από το 2006 έως σήμερα.

**Αποτελέσματα:** Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε αποτελεσματικές στρατηγικές τόσο για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση όσο και για την ανακούφιση του πόνου και την παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο. Η επαρκής κατανόηση των αιτιών που προκαλούν τη νόσο, μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική θεραπεία, τουλάχιστον στο ένα τρίτο των περιστατικών καρκίνου.

**Συμπεράσματα:** Από τη φάση της πρωτοβάθμιας πρόληψης έως την περίθαλψη στο τέλος της ζωής, εξετάζονται τα περιθώρια για τη δημιουργία νέων μοντέλων περίθαλψης και περιγράφονται οι δράσεις που απαιτούνται για την πραγματοποίηση της αλλαγής σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Τα πλεονεκτήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης - η συνεχής, συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα της για τα άτομα και τις οικογένειες - είναι ιδιαίτερα εμφανή στην πρόληψη και τη διάγνωση, στην κοινή φροντίδα παρακολούθησης και επιβίωσης και στη φροντίδα στο τέλος της ζωής.

**Λέξεις-κλειδιά:** πολιτική Π.Ο.Υ., καρκίνος, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πρόληψη, προαγωγή

## **Abstract**

**Introduction:** The growing trend of newly diagnosed cancer cases worldwide raises the development of policy systems of World Health Organization, for prevention and early diagnosis. At the same time, primary health care is increasingly being promoted by governments and health care providers worldwide, as the preferred environment for most healthcare due to increasing needs, to stabilize health care costs and to adjust patient preference for care near home.

**Purpose:** Investigation of the WHO policy systems that are being pursued in primary health care in patients with cancer.

**Method:** An electronic search was made in databases and selected web sites, from February 2017 to April 2017. Last search was on April 10<sup>th</sup>, 2017. Specifically search was done in the databases: Pubmed, Medline, Cochrane Library, CINAHLI, Elvisier, Google Scholar, from 2006 to today.

**Results:** There is sufficient understanding of the causes to prevent at least one third of all cancers worldwide. Information is also available widely that would permit the early detection and effective treatment. Effective strategies for both prevention and early diagnosis have been developed by the World Health Organization, for the relief of the pain and providing palliative care to all cancer patients.

**Conclusion:** From the primary prevention phase to end-of-life care, consideration is being given to creating new models of care and outlining the actions required to bring about change under the World Health Organization. The benefits of primary care - its continuous, coordinated and integrated care for individuals and families - are particularly evident in prevention and diagnosis, in common care and survival care and palliative care.

**Keywords:** WHO policy, cancer, primary health care, prevention

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	i
Abstract .....	ii
Ευχαριστίες .....	1
Εισαγωγή .....	2
Γενικό Μέρος.....	4
Θεωρητική Προσέγγιση.....	5
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και πολιτική υγείας .....	5
Στρατηγική Πολιτική του Π.Ο.Υ στην αντιμετώπιση του καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο.....	6
Πολιτικές Πρόληψης του καρκίνου στην ΠΦΥ στην Κύπρο .....	9
Πρωτογενής Πρόληψη.....	10
Ειδικό Μέρος .....	13
Μεθοδολογία.....	14
Στρατηγική Αναζήτησης.....	14
Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	15
Διάγραμμα 1.....	17
Χαρακτηριστικά μελετών που αναλύθηκαν.....	18
Αποτελέσματα.....	19
Πίνακας 2: Σύντομη καταγραφή μελετών .....	24
Συζήτηση .....	30
Συμπεράσματα .....	32
Βιβλιογραφία .....	34

# Ευχαριστίες

Τελειώνοντας το κύκλο των μεταπτυχιακών σπουδών μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγήτρια μου Δρ. Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου για το αμέριστο ενδιαφέρον της, για τη συνεργασία και τη πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος στην Δημόσια Διοίκηση στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου, για τη πολύτιμη συμβολή τους καθώς και τις γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή και την στήριξη τους.

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί ένα μείζον θέμα δημόσιας υγείας αποτελώντας μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως με περίπου πάνω από 14 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις το 2012 . Πανευρωπαϊκά, κατέχει τη δεύτερη θέση όσο αφορά τις αιτίες θανάτου, αν και η Ολλανδία, ανακοίνωσε ότι ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην επικράτεια της. Είναι ένα σύμπλεγμα ασθενειών όπου δεν επηρεάζει μόνο τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, άλλα την κοινωνία, τα συστήματα υγείας και την οικονομία της κάθε χώρας ξεχωριστά (Ε.Σ.Υ.Υ.Κ.,2009). Έχει σημειωθεί ότι το 70% των θανάτων από καρκίνο, συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο καρκίνος είναι η δεύτερη σημαντική αιτία θανάτου, σημειώνοντας 8.8 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως το 2015.

Ο όρος καρκίνος, είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει μια μεγάλη ομάδα ασθενειών, και προκύπτει από το μετασχηματισμό φυσιολογικών κυττάρων σε κύτταρα όγκου. Χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι η ταχεία δημιουργία ανώμαλων κυττάρων που ξεπερνά τα συνήθη όρια τους και μπορεί στη συνέχεια να εισβάλει σε παρακείμενα τμήματα του σώματος, με επακόλουθη εξάπλωση του σε άλλα όργανα. Οι αλλαγές που συμβαίνουν είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικών παραγόντων, χημικών παραγόντων όπως τα συστατικά του καπνού, βιολογικών παραγόντων όπως λοιμώξεις από συγκεκριμένους ιούς, και τέλος φυσικά καρκινογόνα όπως η ιονίζουσα ακτινοβολία. (Who, 2015) Είναι σημαντικό μια αποτελεσματική παρέμβαση στο χώρο της Ογκολογίας, να λάβει υπ' όψη της όχι μόνο τους οργανικούς παράγοντες αλλά τους ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και πληροφοριακούς παράγοντες Η φροντίδα αυτών των ασθενών είναι εξ' ορισμού ολιστική και αφορά στην παροχή φυσικής, συναισθηματικής και πνευματικής φροντίδας.( Lionis, C, et al., 2009).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ), θεωρείται το πρώτο επίπεδο περίθαλψης ή ως σημείο εισόδου στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για τους καταναλωτές. Μπορεί επίσης να οριστεί ως η προσέγγιση για τη φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει τη συνεχή παροχή φροντίδας, την προσβασιμότητα, την κοινοτική συμμετοχή και τη συνεργασία μεταξύ τομέων και βαθμίδων. Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας (Θεοδώρου και συν., 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες μια επιτυχούς θεραπείας. Παγκοσμίως αναγνωρίζεται η συμπτωματολογία της ασθένειας και πως μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη ανίχνευση της, αφού μέσω της προώθησης και προειδοποίησης για τυχόν σημεία και συμπτώματα, συμβάλλουν στην έγκαιρη εξέταση για την διάγνωση ακόμη και ασυμπτωματικής ασθένειας( Lionis, C., et al., 2015).

Η υποστήριξη των οργανωμένων προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να καθοδηγείται από κάποιες αρχές σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Μερικές από τις αρχές αυτές περιλαμβάνουν την κατάσταση, που πρέπει να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, Θα πρέπει επίσης να υπάρχει ένα αναγνωρίσιμο λανθάνον ή πρώιμο συμπτωματικό στάδιο, η κατάλληλη δοκιμασία εξέτασης με υψηλό επίπεδο ακρίβειας που θα είναι αποδεκτή στον πληθυσμό όπου προσφέρεται αλλά και εύκολα προσβάσιμη σε σχέση με το κόστος. Απαραίτητη προϋπόθεση και πρώτιστο μέλημα για την ευρεία προαγωγή της υγείας των κοινωνικών συνόλων και του γενικού πληθυσμού, αποτελεί η υγεία της οικογένειας, του μικρότερου δομικού συστήματος της κοινωνίας (Parkin, DM., et al., 2011). Εντός των πλαισίων των σύγχρονων δεδομένων και πολιτικών κατευθύνσεων υγείας, η πρωτοβάθμια αλλά και η ολιστική φροντίδα υγεία αφορά ολόκληρη την κοινότητα, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης της ασθένειας παρά τη θεραπεία (Bomar & Sabatelli 1996).

Με αφετηρία λοιπόν το κοινωνικό συμφέρον και με στόχους την ισότητα στην περίθαλψη και τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την αγωγή και προαγωγή της υγείας, τη βελτίωση της εκπαίδευσης και την καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 1397/83, το νέο πλαίσιο οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα (Εθνικό Σύστημα Υγείας, 2012)..

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η περιγραφή των συστημάτων πολιτικής του Π.Ο.Υ., που ασκούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ασθενείς με καρκίνο.



# Γενικό Μέρος

# Θεωρητική Προσέγγιση

## Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και πολιτική υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι ένας αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός που αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία. Το σύνταγμα του Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι στόχος του οργανισμού είναι η επίτευξη από όλους τους ανθρώπους του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας(Who, 2015)

Ο ρόλος του Π.Ο.Υ. στη δημόσια υγεία αφορά:

- τη παροχή καθοδήγησης σε θέματα ζωτικής σημασίας για την υγεία και τη συμμετοχή σε συμπράξεις, όπου απαιτείται κοινή δράση
- τον προγραμματισμό της έρευνας και της τόνωσης της παραγωγής, μετάφραση και διάδοση της πολύτιμης γνώσης
- τον καθορισμό κανόνων και προτύπων και την προώθηση και παρακολούθηση της εφαρμογής τους
- την παροχή τεχνικής υποστήριξης, καταλύοντας την αλλαγή, και την οικοδόμηση βιώσιμης θεσμικής ικανότητας και στην
- παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας και της αξιολόγησης των τάσεων της υγείας.

Οι στόχοι της οργάνωσης για την πολιτική υγείας είναι η αντιμετώπιση των συναφών με την υγεία κοινωνικών, οικονομικών θεμάτων, μέσω της πολιτικής και των προγραμμάτων που ενισχύουν την ισότητα στην υγεία και την ενσωμάτωση ευνοϊκής αντιμετώπισης των φτωχών σε μια βάση σεβασμού, τήρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων καθώς και η προώθηση και εντατικοποίηση της πρωτογενούς πρόληψης, επιρροής των δημόσιων πολιτικών σε όλους τους τομείς, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα βαθύτερα αίτια των περιβαλλοντικών απειλών για την υγεία (WHO., 2010). Αυτά επιτυγχάνονται μέσα από την προώθηση και χρήση των τεκμηριωμένων εργαλείων, προτύπων και προδιαγραφών για την υποστήριξη των κρατών μελών ώστε να ενημερώνονται για τους στόχους της πολιτικής υγείας και να τους εφαρμόζουν. Επιπρόσθετα, επιβλέπει την εφαρμογή του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού και δημοσιεύει μια σειρά από ιατρικές ταξινομήσεις, τρεις από τις οποίες είναι η Διεθνής

Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD), η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ICF) και η Διεθνής Ταξινόμηση των υγειονομικών παρεμβάσεων (ICHI),(W.H.O.,2015).

Επίσης Ο Π.Ο.Υ., έχει έναν αριθμό υπηρεσιών και συνδέσμων με σημαντικούς διεθνείς οργανισμούς όπως είναι ο Διεθνής Οργανισμός Ερευνών για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer IARC, που εδρεύει στη Λυών, Γαλλία). Ο ρόλος του είναι να διενεργεί και να συντονίζει την έρευνα για τις αιτίες του καρκίνου, καθώς επίσης και να κάνει επιδημιολογικές μελέτες για τον καρκίνο σε όλο τον κόσμο, μελετά τις αιτίες που προκαλούν καρκίνο και τους μηχανισμούς της καρκινογένεσης και αναπτύσσει στρατηγικές για τον έλεγχο του καρκίνου. Εκδίδει και συντηρεί μια σειρά από μονογραφίες για τους κινδύνους καρκινογένεσης στους ανθρώπους από μια ποικιλία υλικών, μιγμάτων και περιβαλλόντων, στα οποία μπορεί να εκτίθενται άνθρωποι, για την αξιολόγηση και ταξινόμησή τους σχετικά με την επίδρασή τους στην πρόκληση ή όχι καρκίνου στον άνθρωπο (Tomatis 2002).

Παράλληλα υπάρχουν και άλλοι οργανισμοί που ασχολούνται με το θέμα του καρκίνου όπως είναι η Ευρωπαϊκή Οργάνωση για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC) και το Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο (ΗΠΑ) (National Cancer Institute, USA. Επίσης η κάθε χώρα αναπτύσσει πολιτικές με βάση τα διεθνή δεδομένα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου.

### **Στρατηγική Πολιτική του Π.Ο.Υ στην αντιμετώπιση του καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο.**

Ο καρκίνος αποτελεί ένα μείζον θέμα σε παγκόσμιο επίπεδο, το οποίο επιχειρούν πολλοί οργανισμοί κυβερνητικοί και μη να το διαχειριστούν. Η πλειοψηφία τους κινείται σε όμοιες γενικές αρχές και στόχους. Ακολουθώντας, παρουσιάζονται συνοπτικά ορισμένες από τις προσπάθειες του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO,2015)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επικεντρώνεται σε τρεις άξονες, την πρόληψη, θεραπεία, και αντιμετώπιση. Όσον αφορά την πρόληψη ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει ότι είναι η πλέον αποδοτική από άποψη κόστους μακροπρόθεσμη στρατηγική για τον έλεγχο του καρκίνου. Αυτή είναι η πρωτογενής πρόληψη που περιλαμβάνει την τροποποίηση ή την αποφυγή

παραγόντων υψηλού κίνδυνου όπως το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος, τη χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τη κατανάλωση αλκοόλ, την αποφυγή έκθεσης σε λοιμώδεις παράγοντες και σε ορισμένες χημικές ουσίες και στην ιονίζουσα ακτινοβολία. Αρχικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση καπνού θεωρείται η κύρια αίτια για το 1/3 των θανάτων από καρκίνο στο πλανήτη.

Το 2030 αναμένεται αυτοί οι θάνατοι να φτάσουν τα 8 εκατομμύρια. Η αξιοσημείωτη Σύμβαση- Πλαίσιο του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του καπνού τέθηκε σε ισχύ το 2005 (WHO FCTC). Πιο συγκεκριμένα κατευθύνει τον έλεγχο της χρήσης καπνού από πλευράς προσφοράς και ζήτησης. Έχει υιοθετηθεί από περίπου 140 χώρες, όπως, η Βραζιλία η οποία μείωσε την θνησιμότητα από καρκίνους που σχετίζονται με το καπνό από 32% σε 19% το 2010. Η αντίστοιχη στρατηγική για την διατροφή και τη φυσική άσκηση είναι η DPAS κατά την οποία προτείνονται μετρά πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού, οισοφάγου, ενδομητρίου και ήπατος. Προωθεί διατροφικές οδηγίες, άσκηση για το σπίτι, το σχολείο και τις καθημερινές δραστηριότητες. Επίσης, προάγει τον εμβολιασμό για ηπατίτιδα Β, η οποία ευθύνεται για το 50% περίπου των θανάτων από καρκίνο του ήπατος (340.000 θάνατοι ετησίως).

Παράλληλα, δρομολογεί μετρά για την αντιμετώπιση της έκθεσης σε χημικά, σε συνεργασία με τα Ηνωμένα Έθνη. Ένα παράδειγμα είναι το Περιβαλλοντικό Πρόγραμμα των Η.Ε. (UNEP) για την μείωση της έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες που προέρχονται από τον αέρα, το φαγητό και το πόσιμο νερό. Αντίστοιχα προγράμματα διεξάγονται και για την έκθεση στην ακτινοβολία (ιονίζουσας αλλά και ηλιακής). Το 2006 δημοσιεύτηκε έρευνα 20 χρόνων μετά την έκρηξη του Τσερνομπίλ, η οποία παρέχει πολιτικές σε παγκόσμιο επίπεδο.

Επιπρόσθετα, με στόχο την πρόληψη αλλά και θεραπεία, οργανώνονται και διεξάγονται προγράμματα όπως το Reproductive Health and Research Department (RHR) για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και της μήτρας. Το πρόγραμμα αυτό μεταξύ άλλων προωθεί την έρευνα για τις συγκεκριμένες μορφές καρκίνου με απώτερο σκοπό την καταγραφή, τον έλεγχο, την περιγραφή, την πρόγνωση και την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου (UICC) είναι ο μεγαλύτερος οργανισμός ενάντια στον καρκίνο παγκοσμίως, δεδομένου ότι συμμετέχουν σ'αυτόν 400

οργανισμοί από 120 διαφορετικές χώρες. Στόχος της ένωσης αυτής είναι να μετριάσει τις απειλητικές διαστάσεις του προβλήματος του καρκίνου για τη ζωή των πολιτών εστιάζοντας στην υλοποίηση των στόχων που θέτει με τη σειρά της η Παγκοσμία Διακήρυξη Κατά του Καρκίνου (World Cancer Declaration). Η διακήρυξη αυτή είναι προϊόν της συναίνεσης κυβερνητικών εκπροσώπων, ειδικών δημοσίας υγείας και οργανισμών κατά του καρκίνου (UICC, Global Cancer Control).

Τέλος, όσον αφορά το κομμάτι της έρευνας καθοριστική είναι η συμβολή του Διεθνούς Οργανισμού Ερευνών για το Καρκίνο (IARC). Πρόκειται για ένα διακρατικό οργανισμό, τμήμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που συντονίζει την έρευνα για τις αιτίες του καρκίνου και υλοποιεί παγκόσμιες επιδημιολογικές μελέτες για το καρκίνο. Επίσης μελετά τις αιτίες και τους μηχανισμούς της καρκινογένεσης και αναπτύσσει στρατηγικές για αντιμετώπιση. Σημαντική είναι και η παρουσία του Παγκοσμίου Ταμείου για το καρκίνο (WCRF), ο οποίος προάγει την έρευνα και προωθεί ερευνητικά προγράμματα που ασχολούνται με τη πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου (Smith R.A. et al., 2011).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο βασικός άξονας κινητοποίησης των χωρών της Ε.Ε. για τον καρκίνο είναι η Ευρωπαϊκή Σύμπραξη για τη δράση κατά του καρκίνου. Στόχος της σύμπραξης είναι να υποστηριχθούν οι χώρες στις προσπάθειες τους για την αντιμετώπιση του καρκίνου μέσω της δημιουργίας ενός πλαισίου για τον εντοπισμό και την ανταλλαγή πληροφοριών όσον αφορά την πρόληψη και την καταπολέμηση του καρκίνου. Αποσκοπεί σε μια συλλογική προσπάθεια των χωρών με στόχο την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, τη εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στην υγειονομική περίθαλψη καρκινοπαθών, την ανταλλαγή πληροφοριών και δεδομένων για την υγεία σε επίπεδο Ε.Ε. Γενικότερα, αξιοσημείωτο είναι ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιούργησε τον Ευρωπαϊκό Χώρο Έρευνας (ERA) για τον καλύτερο συντονισμό των ερευνητικών δραστηριοτήτων και πολιτικών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, για την οργάνωση της διεθνούς συνεργασίας και ομάδων δικτύου, καθώς και για τη μεγαλύτερη κινητικότητα τόσο των εργαζομένων όσο και των ιδεών. Παράλληλα, ένας από τους βασικούς στόχους του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ε.Ε. (2008-2013) είναι να παρέχει συγκρίσιμες πληροφορίες για την υγεία των Ευρωπαίων πολιτών, με την κατάρτιση δεικτών για την υγεία και τη συγκέντρωση στοιχείων. Η συγκέντρωση στοιχείων βασίζεται σε συγκρίσιμους δείκτες για την υγεία, οι οποίοι εφαρμόζονται σε όλη την Ευρώπη, καθώς και σε κοινά αποδεκτούς ορισμούς και μεθόδους συγκέντρωσης και χρήσης.

Στο πλαίσιο του εφαρμοζομένου Προγράμματος Δημόσιας Υγείας της ΕΕ, καταρτίστηκε ένας κατάλογος κοινοτικών δεικτών για την υγεία (ECHI) (Η δικτυακή πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία, 2009).

Τέλος, ιδιάζουσας σημασίας για την προαγωγή της πρόληψης του καρκίνου είναι η θέσπιση του Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του καρκίνου. Ο Κώδικας αυτός περιλαμβάνει προτάσεις προς του πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσον αφορά την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου και γενικότερα την προάσπιση της υγείας των πολιτών (Boylel, 2003).

### **Πολιτικές Πρόληψης του καρκίνου στην ΠΦΥ στην Κύπρο**

Το Στρατηγικό Σχέδιο βασίζεται πάνω στις Ευρωπαϊκές Προδιαγραφές και είναι συνυφασμένο με τα ψηφίσματα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και το Ευρωπαϊκό Κεκτημένο, της Νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών, το Σύνταγμα της Κυπριακής Δημοκρατίας, τις Διακηρύξεις για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, τις Συνθήκες και τη Νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και τέλος τις Συστάσεις της Επιτροπής Υπουργών της Ε.Ε., προς τα κράτη- μέλη για την οργάνωση και της ανακουφιστικής φροντίδας.

Με βάση τα στοιχεία του Αρχείου Καρκίνου κατά την περίοδο 2001/2003 διαγνώσθηκε καρκίνος σε 123 παιδιά. Τα περιστατικά καρκίνου αντιστοιχούν στο 2.4% του συνολικού αριθμού των περιστατικών. Αναφορικά με τους τύπους καρκίνου, η Κύπρος αντικατοπτρίζει την Ευρωπαϊκή πραγματικότητα.

Με βάση τα πιο πάνω η στρατηγική για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται σε τέσσερις άξονες:

- Την πρόληψη
- Την διάγνωση
- Την θεραπεία /ανακουφιστική φροντίδα
- Την έρευνα

Παράλληλα και η προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής και η μείωση της έκθεσης σε χημικούς και άλλους παράγοντες που προκαλούν ή ενεργοποιούν την εξέλιξη του καρκίνου και η

προώθηση προγραμμάτων ανίχνευσης του καρκίνου σε προκλινικό στάδιο αποτελούν μέρος αντιμετώπισης του προβλήματος.

## **Πρωτογενής Πρόληψη**

Αποτελέσματα επιδημιολογικών μελετών υποδεικνύουν ότι το 60%-80% των περιστατικών καρκίνου προκαλούνται ή τουλάχιστον ενεργοποιούνται ένεκα περιβαλλοντικών αιτιών και κυρίως λόγω της έκθεσης σε καρκινογόνες ουσίες. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τουλάχιστον 30% των καρκίνων μπορούν να προληφθούν. Το ουσιώδες από την άποψη της δημόσιας υγείας είναι γεγονός ότι οι καρκίνοι που προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι κατά ένα μεγάλο μέρος αποτρέψιμοι μέσω της μείωσης της έκθεσης του πληθυσμού στις πιθανές καρκινογόνες ουσίες ή άλλους παράγοντες όπως η ακτινοβολία (Ε.Σ.Υ.Υ.Κ.,2009).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην πρόληψη της έκθεσης των παιδιών και των εγκύων, γιατί η ανάπτυξη του εμβρύου και του παιδιού χαρακτηρίζεται από μια μοναδικότητα που δεν συναντάται στην ανάπτυξη του ενήλικα καθώς περνά μέσα από περιόδους ιδιαίτερης ευαισθησίας όπου ο κίνδυνος ανάπτυξης και ενεργοποίησης του καρκίνου είναι μεγαλύτερος. Ταυτόχρονα τα παιδιά εκτίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό ανά μονάδα βάρους μέσω της τροφής και του νερού αφού οι μηχανισμοί άμυνας είναι ατελώς αναπτυγμένοι έως ανύπαρκτοι. Επιπλέον η παιδική ηλικία συνεπάγεται ταχύτερους ρυθμούς ανάπτυξης του οργανισμού και κατά συνέπεια μεγαλύτερη ταχύτητα πολλαπλασιασμού των κυττάρων, περιλαμβανομένων και των καρκινικών. Ο ταχύς πολλαπλασιασμός των κυττάρων σε συνδυασμό με την ατελή άμυνα και τους σχετικά αδύναμους μηχανισμούς, επιταχύνουν τους ρυθμούς ανάπτυξης του καρκίνου. (Ε.Σ.Υ.Υ.Κ.,2009)

Για την περίπτωση των παιδιών σε σχέση με τις καρκινογόνες ουσίες, είναι η επίκληση και η εφαρμογή της Αρχής της Προφύλαξης που θέσπισε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ως πρόσθετο εργαλείο διαχείρισης καλά τεκμηριωμένων και σοβαρών κινδύνων, για τους οποίους υπάρχουν αβεβαιότητες στην ποσοτικοποίηση τους.

Στη προσπάθεια μείωσης της έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες ιδιαίτερη σημασία αποκτά, πλέον, ο έλεγχος της ποιότητας του αέρα εσωτερικών χώρων σε σχολεία, νηπιαγωγεία και σπίτια με ιδιαίτερη έμφαση στην μείωση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Για αυτό ο αέρας εσωτερικού χώρου αποτελεί ένα από τους στρατηγικούς

στόχους του Σχέδιου Δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Περιβάλλον και την Υγεία. Ο έλεγχος αυτός ασκείται από τις Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας με έμφαση στον έλεγχο του παθητικού καπνίσματος.

Η σχέση περιβάλλοντος και υγείας είναι άμεση και η αναγνώριση και κατανόηση της σχέσης αυτής μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη πολιτική δημόσιας υγείας και στην πρόληψη πολλών ασθενειών ιδιαίτερα του καρκίνου. Μια αποτελεσματική στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης θα πρέπει να αντιμετωπίζει τους κύριους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής και τους γενετικούς παράγοντες:

1. Οι κύριοι **περιβαλλοντικοί παράγοντες** είναι:

- Αέρας εξωτερικού χώρου
- Αέρας εσωτερικού χώρου
- Το νερό
- Οι χημικές ουσίες
- Η ηλεκτρομαγνητική και η ηλιακή ακτινοβολία
- Η ασφάλεια των τροφίμων

2. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται **με τον τρόπο ζωής** είναι:

- Κάπνισμα
- Διατροφή και Άσκηση
- Χρήση αλκοόλ
- Μολυσματικοί παράγοντες
- Επαγγελματική έκθεση

**3. Γενετικοί παράγοντες**

### ***Στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης στη Κύπρο***

Με βάση τους κινδύνους και παράγοντες διαμορφώνονται στόχοι και προτεραιότητες της πρωτογενούς στρατηγικής πρόληψης (E.Σ.Υ.Υ.Κ., 2009):

- Περιορισμός της έκθεσης του πληθυσμού σε καρκινογόνους παράγοντες
- Προαγωγή της κουλτούρας και υγιεινού τρόπου ζωής
- Εκπαίδευση και ενημέρωση για ευαισθητοποίηση του κοινού



- Επιμόρφωση και συνεχόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας
- Εμβολιασμοί
- Παρακολούθηση
- Έρευνα

Το Υπουργείο Υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο προωθώντας προληπτικά προγράμματα όπως:

- Δράσεις για προαγωγή της υγείας
- Πολιτική/νομοθεσία κατά του καπνίσματος
- Πρόγραμμα ασφάλειας τροφίμων/νερού
- Διατροφή και υγεία, τρόπος ζωής
- Εθνικό σχέδιο δράσης *Περιβάλλον και υγεία του παιδιού*.
- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και άλλων σε θέματα διασύνδεσης υγείας με το περιβάλλον.

# Ειδικό Μέρος

## **Μεθοδολογία**

### **Στρατηγική Αναζήτησης**

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βασίστηκε στο ερευνητικό σκοπό που τέθηκε αρχικά ώστε να διερευνηθεί η δημοσιευμένη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τη διερεύνηση των συστημάτων πολιτικής του Π.Ο.Υ., ώστε να παρέχεται η βέλτιστη ποιότητα θεραπείας και φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο. Η αναζήτηση έγινε σε ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων και επιλεγμένους διαδικτυακούς τόπους. Πιο συγκεκριμένα αναζητηθήκαν δεδομένα σε βάσεις όπως: Pubmed, Embase, Medline, Cochrane Library, CINAHL, Elsevier, Google scholar, για την ανεύρεση δημοσιευμένων άρθρων που σχετίζονται με τις πολιτικές που εφαρμόζει ο Π.Ο.Υ., για την εξασφάλιση άριστης παροχής περίθαλψης σε καρκινοπαθείς και τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Κριτήρια επιλογής των μελετών τέθηκαν: τα δεδομένα των άρθρων αφορούν πρωτογενή άρθρα, η εργασία να είναι γραμμένη σε ελληνική ή/και στην αγγλική γλώσσα, σε χρονικό πλαίσιο από το 2006 -μέχρι σήμερα. Θεωρείται ότι 11 χρόνια είναι αρκετά για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη σχετικά εικόνα όσον αφορά τη στρατηγική πολιτική του Π.Ο.Υ., και πως συμβάλλει στην βέλτιστη ποιότητα θεραπείας και φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο.

Τα στοιχεία που καταγράφονται αφορούν πρωτογενείς μελέτες και αναφέρονται σε εθνικές πολιτικές διαφόρων χωρών για την αντιμετώπιση του καρκίνου σε όλες τις μορφές του.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν άρθρα εκτός χρονικού πλαισίου, άλλης γλωσσικής γραφής, συστηματικές ανασκοπήσεις, άρθρα που αναφέρονταν σε συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας εκτός από καρκίνο, ή που παρουσίαζαν ελλείπει στοιχεία και ήταν αμφισβητήσιμη η αξιοπιστία του άρθρου.

Έγινε προσεκτική και λεπτομερής εξέταση των αποτελεσμάτων της αναζήτησης που προηγήθηκε με σκοπό να κριθεί η αξία τους και ο βαθμός που επιτρέπει ποιοτικά αποτελέσματα καθώς και η σχετικότητα με το αντικείμενο της μελέτης.

Η αναζήτηση έγινε με τις λέξεις – κλειδιά: πολιτική Π.Ο.Υ., καρκίνος, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πρόληψη, προαγωγή υγείας.

Ακολουθεί η διαδικασία συλλογής δεδομένων, αφού παρατίθενται ο ακριβής αριθμός των ανακτηθέντων άρθρων που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση, ο αριθμός και οι αίτιες αποκλεισμού από τον έλεγχο του τίτλου ή της περίληψης, καθώς και εκείνων που αποκλείστηκαν από την πλήρη μελέτη.

Στη συνέχεια αναφέρεται η καταγραφή των δεδομένων και παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών σε πίνακες οι οποίοι παρουσιάζουν τους ερευνητές, με τη χρονική περίοδο της μελέτης, την χώρα διεξαγωγής της έρευνας.

Στο είδος μελέτης αναφέρεται η ιδιαιτερότητα τρόπου διερεύνησης, (συγχρονικές μελέτες, μελέτες κοορτής) της κάθε έρευνας καθώς και η χρονική περίοδος διεξαγωγής της έρευνας.

Στα χαρακτηριστικά συμμετεχόντων, καθορίστηκε ο αριθμός ατόμων ή των χωρών που έλαβαν μέρος, τα συστήματα υγείας, τα κλινικά χαρακτηριστικά, και το είδος ή/και είδη του καρκίνου.

Έπειτα γίνεται αναφορά στο σκοπό της έρευνας.

Στα αποτελέσματα γίνεται αναφορά στην αναλυτική περιγραφή αποτελεσμάτων, με συγκρίσεις και παρουσίαση των επιπτώσεων που προκύπτουν. Το τελευταίο βήμα της όλης προσπάθειας αποτελεί η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, όπου γίνεται συζήτηση για τη σύνοψη και ερμηνεία των κυριότερων ευρημάτων, συζήτηση πιθανών σφαλμάτων, συγκρίσεις με παρόμοιες μελέτες και προτάσεις για μελλοντική δραστηριότητα στο συγκεκριμένο πεδίο.

### **Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων**

Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση δημοσιευμένων ερευνών, που αξιολογεί το ρόλο του παγκόσμιου οργανισμού υγείας και οι προσπάθειες ένταξης διεθνών πρωτοκόλλων και πολιτικής όσον αφορά τις διάφορες μορφές καρκίνου σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και η προσαρμογή και εφαρμογή τους ανάλογα με τη κάθε χώρα και το πληθυσμό της και τις εθνικές στρατηγικές που ακολουθούν.

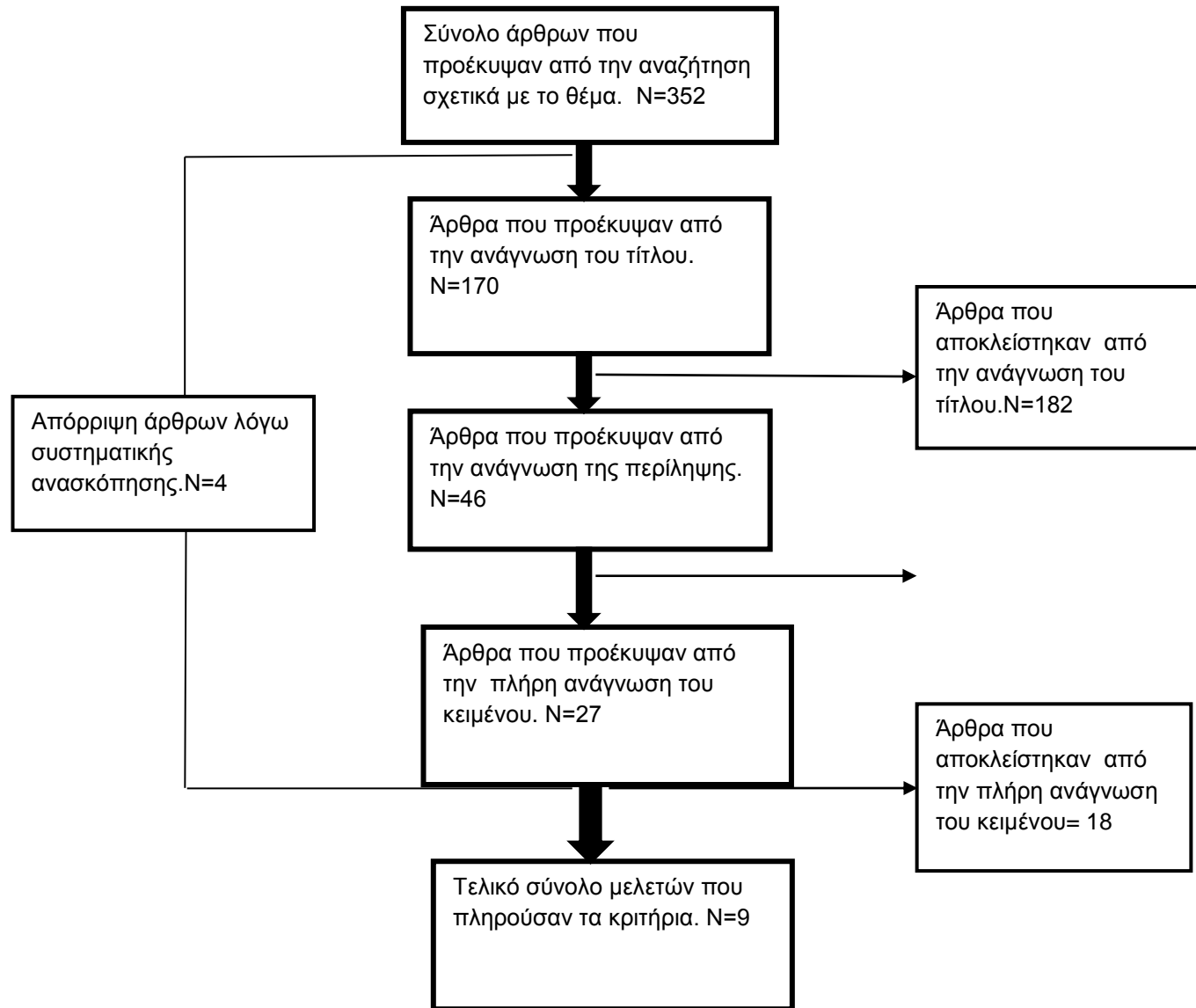
Η αναζήτηση έγινε σε ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων και επιλεγμένους διαδικτυακούς τόπους, από τον Φεβρουάριο 2017 μέχρι τον Απρίλιο 2017. Τελευταία ημερομηνία αναζήτησης 10 Απριλίου 2017. Συγκεκριμένα αναζητηθήκαν δεδομένα σε

βάσεις όπως: Pubmed, Medline, Cochrane Library, CINAHLI, Elvisier, Google scholar, από το 2006 έως σήμερα.

Χρησιμοποιήθηκαν συνδυασμοί λέξεις - κλειδιά που περιλαμβάνει πολιτική Π.Ο.Υ., (πλέγμα), (τίτλος/περίληψης), καρκίνος, (πλέγμα), (τίτλος/περίληψης), πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (πλέγμα), (τίτλος/περίληψης), πρόληψη, (πλέγμα), (τίτλος/περίληψης), προαγωγή υγείας. (πλέγμα), (τίτλος/περίληψης).

Το σύνολο των άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων από το 2006 έως το 2017 ήταν 352 άρθρα, από αυτά αποκλείστηκαν 4 άρθρα που ήταν συστηματικές ανασκοπήσεις. Από την μελέτη των τίτλων προέκυψαν 170 άρθρα, σε περαιτέρω μελέτη των περιλήψεων προέκυψαν 46 άρθρα, από την πλήρη ανάγνωση όλου του κειμένου, προέκυψαν 27 άρθρα. Από τα 27 άρθρα αποκλείστηκαν άρθρα λόγω: 10 άρθρα ήταν έρευνες που παρουσίαζαν τους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση του καρκίνου. 3 άρθρα έκτος γλωσσικής γραφής σε ελληνική ή αγγλική γλώσσα, 5 άρθρα δεν πληρούσαν τα κριτήρια αξιοπιστίας και είχαν ελλιπείς αναφορές. Τέλος σύνολο μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια, αναλύθηκαν και αξιολογήθηκαν ήταν 9 άρθρα.

**Διάγραμμα 1.** Απεικόνιση των βημάτων της συστηματικής ανασκόπησης στις βάσεις δεδομένων



## **Χαρακτηριστικά μελετών που αναλύθηκαν**

Οι μελέτες που περιλαμβάνονται στην συστηματική ανασκόπηση (Πίνακας 1), αφορούν μελέτες κοορτής (αναδρομικές ανασκοπήσεις), συγχρονικές μελέτες. Περιλαμβάνεται η χρονική περίοδος παρακολούθησης καθώς και οι χώρες αναφοράς που έγιναν όπως, Νέα Υόρκη, Ελβετία, Ολλανδία, Νότια Ινδία, Δανία, Καναδά, Αφρική, Ηνωμένο Βασίλειο

Αναφέρονται σε διαφορές μορφές καρκίνου και την εμπλοκή του παγκόσμιου οργανισμού υγείας τόσο για την πρόληψη, την διάγνωση, την αντιμετώπιση και θεραπεία καθώς και για την περαιτέρω παρακολούθησή των ατόμων άλλα και συστημάτων υγείας κάποιων χωρών στην εθνική στρατηγική της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ώστε να παρέχετε η βέλτιστη ποιότητα θεραπείας και φροντίδας ασθενών με καρκίνο.

Έγιναν χρήση ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς που χρησιμοποιήθηκαν για να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, έγιναν αναδρομικές ανασκοπήσεις μέσα από ιατρικά αρχεία και προγράμματα δεδομένων για τον εντοπισμό ασθενών ή μορφών καρκίνου για να εξεταστούν και να προληφθούν όπου είναι δυνατόν παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση καρκίνου.

Σε όλες τις μελέτες αναφέρονται τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος, καθώς και οι προσδιοριστικοί παράγοντες για προσαρμοσείς για το τελικό αποτέλεσμα της έρευνας.

## Αποτελέσματα

Οι Hui, V. W et all., (2014) διενέργησαν στη Νέα Υόρκη μια μελέτη κοορτής, αναδρομικής ανασκόπησης για τον εντοπισμό ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια του Π.Ο.Υ., για την οδοντωτή πολυποδίαση μέσα από αναφορές από παθολογικές εκθέσεις και κολονοσκόπηση τη χρονική περίοδο 1999-2009. Με σκοπό να εξεταστεί η χρήση ενός κατώτερου ορίου αναφοράς για να προληφθεί η αύξηση οδοντωτής πολυποδίασης που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου. Στην μελέτη έλαβαν μέρος 500 ασθενείς οι οποίοι είχαν τουλάχιστον 2 επιβεβαιωμένα παθολογικά περιστατικά υπερπλαστικών πολυπόδων ή / και άμισχα οδοντωτά αδενωμάτων / πολύποδες διαγνώστηκαν μεταξύ 1999 και 2009 Αξιολογήθηκαν με βάση τη πρωταρχική μέτρηση έκβασης και τον αριθμός των οδοντωτών περιπτώσεων πολυποδίαση. Σαράντα από τους 500 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για σύνδρομο οδοντωτής πολυποδίασης. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ένα μέσο 4 κολονοσκοπίσεων για να ικανοποιηθούν τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα και μόνο ένας ασθενής πληρούσε τα κριτήρια διάγνωσης κατά τη διάρκεια της αρχικής κολονοσκόπησης. Και οι 16 ασθενείς με ιστορικό καρκίνου του παχέως εντέρου διαγνώστηκαν μόνο με οδοντωτή πολυποδίαση είτε κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου είτε κατά την μετεγχειρητική κολονοσκόπηση. Μέσα από την έρευνα διαφάνηκε ότι το κατώτερο σημείο αναφοράς (cutoff point) τουλάχιστον 2 παθολογικά ευρήματα με οδοντωτές βλάβες μπορεί να χρησιμεύσει ως εργαλείο ελέγχου για τον εντοπισμό των ασθενών για το σύνδρομο οδοντωτή πολυποδίασης και την πρόληψη ανάπτυξης καρκινικών βλαβών. Ο μεγάλος αριθμός του δείγματος αυξάνει την αξιοπιστία της μελέτης, αν και αναφέρεται ένας βασικός περιορισμός που είναι το εργαλείο μέτρησης και θα πρέπει αρχικά να αξιολογηθεί σε μια προοπτική μελέτη.

Ο ΠΟΥ ως μέρος της ΠΦΥ έχει δημιουργήσει ένα παγκόσμιο σύστημα επιτήρησης της στοματικής υγείας, προκειμένου να αξιολογήσει τους παράγοντες κινδύνου στοματικού καρκίνου και να βοηθήσει το σχεδιασμό αποτελεσματικών εθνικών προγραμμάτων παρέμβασης. Ο Petersen, P. E. (2009), σε ένα πρόγραμμα στοματικής υγείας για την Παγκόσμια στρατηγική του Π.Ο.Υ. με στόχο τον έλεγχο και την πρόληψη του καρκίνου στοματικής κοιλότητας ανέδειξε ότι ο στοματικός καρκίνος είναι σημαντική συνιστώσα της παγκόσμιας επιβάρυνσης του καρκίνου. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι ο κίνδυνος αναπτύξεις στοματικού καρκίνου σε αναλογία με τον πληθυσμό σε άτομα που καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ είναι 80% για τους άνδρες και 61% για τις γυναίκες. Η απόδειξη ότι



η χρήση καπνού χωρίς καύση προκαλεί καρκίνο του στόματος επιβεβαιώθηκε πρόσφατα από το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο όπως επίσης και η πρόσληψη αλκοολούχων θεωρούνται ως οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του στόματος. Επιπρόσθετα, παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στοματικού καρκίνου η ανθυγιεινή διατροφή, ο μαλθακός τρόπος ζωής, η μόλυνση περιβάλλοντος, το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Ο ΠΟΥ έχει δημιουργήσει ένα παγκόσμιο σύστημα επιτήρησης της στοματικής κοιλότητας του καρκίνου, προκειμένου να αξιολογήσει τους παράγοντες κινδύνου και να βοηθήσει το σχεδιασμό αποτελεσματικών εθνικών προγραμμάτων παρέμβασης.

Οι Van der Plas, A. G., et al., 2015, στο Άμστερνταμ, στην Ολλανδία, σε μια συγχρονική μελέτη όπου έλαβαν μέρος 687 καρκινοπαθείς διερεύνησαν ανάλογα με την αιτιολογία της παραπομπής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά στη διάγνωση, στη θεραπεία τους στόχους και τις ανάγκες τους. Δόθηκαν ερωτηματολόγια και αυτοαναφορές καθώς και αναφορές από ιατρικά αρχεία. Στη μελέτη συμμετείχαν 687 ασθενείς και 448 (65,2%) ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό (81,1%) , ιατρούς (9,4%) και το υπόλοιπο 9,5% από άλλους επαγγελματίες υγείας (κοινωνικούς λειτουργούς). 37.7% των ασθενών προσέρχονταν από την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μέσα από την έρευνα διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς που αναφέρονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν σκοπό τη θεραπείας (69%). Ακολουθεί το προσδόκιμο ζωής και η λειτουργική κατάσταση τους (69%). Χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρουσιάζουν οι ασθενείς με στόχο την ανακουφιστική στήριξη (65%). Η ανάγκη για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη συχνά δίνεται ως λόγος για την παραπομπή (66%), ανεξάρτητα από το σκοπό της θεραπείας.

Οι Arora, N., et al., το 2013 στην Νότια Ινδία προσπάθησαν να αναλύσουν την κατανομή των λεμφικών νεοπλασιών σε ένα ενιαίο κέντρο τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Ινδία με βάση τη κατάταξη και ανάλυση που δίνει ο Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 2008. Για το λόγο αυτό διενεργήθηκε μελέτη κοορτής 10 ετών (2001-2010), όπου συμμετείχαν 5115 ασθενείς. Από αυτούς είχαν Hodgkin λέμφωμα (HL) το 21,3% (n = 1089) και μη-Hodgkin λεμφώματα (NHLs) το 78,7% (n = 4026). Η συχνότητα των λεμφωμάτων σε αυτή τη μελέτη ήταν υψηλότερη από ό, τι στο δυτικό κόσμο αλλά μικρότερη από τη συχνότητα σε ορισμένες χώρες της Ασίας.. Η μελέτη τεκμηριώνει επίσης τη συχνότητα του πολλά σπάνιου είδους λεμφώματος στη Νότια Ινδία με βάση τις συγκρίσεις που εξασφάλισε

ο Π.Ο.Υ το 2008. Αυτές οι μελέτες συνέβαλαν στην παγκόσμια κατανόηση του λεμφώματος από την δεύτερη πολυπληθέστερη χώρα του κόσμου, με αποτέλεσμα να γίνει αντικείμενο διερεύνησης για τα ακριβή αίτια του λεμφώματος και την αντιμετώπιση του ή την προφυλακτική αντιμετώπιση για αποφυγή της νόσου σε επίπεδο πρόληψης.

Οι Nyarko, K. M., et al., 2016 στη Γκάνα, Αφρική, πραγματοποίησαν μια συγχρονική μελέτη για την πρόληψη και τον έλεγχο μη μεταδοτικών νοσημάτων (καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, διαβήτη και καρκίνους ) όσον αφορά την εκτίμηση της χωρητικότητας των επιλεγμένων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης για μη μεταδοτικές ασθένειες, σύμφωνα με τις οδηγίες και υποδείξεις του ΠΟΥ. Στη μελέτη συμμετείχαν 23 μονάδες υγείας, δύο περιφερειακά νοσοκομεία, τρία νοσοκομεία, εννέα κέντρα υγείας και εννέα Κοινοτικά. Όλα τα νοσοκομεία είχαν ιατρικούς συμβούλους, ενώ 4 (44,4%) των κέντρων υγείας είχαν οι βοηθούς γιατρούς. Τα Δεδομένα σχετίζονταν με τους ανθρώπινους πόρους, τον εξοπλισμό, τη χρήση των υπηρεσιών, τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και τη χρηματοδότηση της υγείας μέσω συνεντεύξεων και παρατήρησης. Διαφάνηκε ότι υπάρχουν κενά στην κατανομή ανθρώπινων πόρων και υπηρεσιών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με βάση την επικήρυξη του WHO-PEN. Καμία από τις εγκαταστάσεις υγείας δεν είχε τον απαραίτητο εξοπλισμό και μόνο ένα κέντρο υγείας είχε κύλινδρο οξυγόνου, μηχανάκι για μέτρηση ζαχάρου, και νεφελοποιητή. Υπάρχουν βασικές ελλείψεις στον εξοπλισμό για εξασφάλιση πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της υγειονομικής περίθαλψης με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ελλείψεις σε βασικό εξοπλισμό, φάρμακα και διαγνωστικά υλικά.

Οι Akinjemijuet all., 2015 στην Νότια Αφρική, στο πλαίσιο της παγκόσμιας έρευνας υγείας του Π.Ο.Υ., για την Ν. Αφρική, το 2003 για σύγκριση, διενέργησαν μια συγχρονική μελέτη με τυχαία δειγματοληψία, από το 2002 μέχρι το 2004. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να προσδιοριστεί ο επιπολασμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ,ο προσυμπτωματικός έλεγχος του με την πυελική εξετάσεις και / ή τεστ Παπανικολάου σε γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω. Επίσης εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ πολλαπλών διαστάσεων της πρόσβασης στην υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο τις προσιτές τιμές, τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, τη διαμονή και την αποδοχή. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις που επικεντρώθηκαν σε νοικοκυριά, σε ατομικά χαρακτηριστικά, παράγοντες κινδύνου, και τα αποτελέσματα για την υγεία. Έλαβαν μέρος 1.236 γυναίκες στη Νότια Αφρική και 274 (22,2%) από αυτές είχαν λάβει γυναικολογική εξέταση, με ή χωρίς το τεστ Παπανικολάου κατά τα τελευταία 3 χρόνια. Δημογραφικά και

κοινωνικό/ οικονομικά χαρακτηριστικά λήφθηκαν υπόψη. Διαφάνηκε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ελεγμένων και μη ελεγμένων γυναικών σε σχέση με την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την κατάσταση της απασχόλησης και των νοικοκυριών. Μια (1) στις τέσσερις ( 4) γυναίκες (25,3%, n = 65) παρακολούθησαν μια μονάδα φροντίδας υγείας τον τελευταίο χρόνο και ελέγχονται για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Τα ευρήματά υποδηλώνουν ότι τα ζητήματα του κόστους και άλλοι παράγοντες όπως το επίπεδο ασθενή ήταν λιγότερο σημαντικοί προάγγελοι του προσυμπτωματικού ελέγχου σε σχέση με τη διαθεσιμότητα των ιατρών σε αυτόν τον πληθυσμό.

Οι Hølge-Hazelton, B,et all.,2010, στην Δανία πραγματοποίησαν μια συγκριτική μελέτη σε τέσσερις χώρες, ώστε να διερευνηθεί η εμπλοκή των οικογενειακών γιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε νεαρούς ενήλικες επιζώντες καρκινοπαθείς σε διεθνές επίπεδο. Η Δανία με 5.5 εκ. πληθυσμό, ασχολείται με προβλήματα γενικής υγείας και οι υπηρεσίες της είναι διαθέσιμες σε όλους. Η εμπλοκή οικογενειακού γιατρού κρίνεται απαραίτητη. Η Ολλανδία με 16.5 εκ. πληθυσμό, το σύστημα υγείας παρέχει πρόσβαση για όλους τους πολίτες με ένα μικτό δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα. Στις ΗΠΑ με 308 εκ. πληθυσμό οι ασθενείς έχουν πολλές επιλογές πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Οι ασφάλειες υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι υποχρεωτικές, αλλά μπορούν να αγοραστούν σε εθελοντική βάση, και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ελέγχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Πολλοί ασθενείς δεν αναζητούν περίθαλψη λόγω οικονομικών προβλημάτων. Στον Καναδά με 32 εκ. πληθυσμό, οι δαπάνες υγειονομικής Υγείας χρηματοδοτούνται ομοσπονδιακά αλλά χορηγούνται και ιδιωτικά. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως το κόστος και νοσοκομειακές δαπάνες γιατρού καλύπτονται από την καθολική υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές από επαρχία σε επαρχία. Μερικά φτωχότερες επαρχίες μπορεί να μην έχουν ειδικό ή να στερούνται αναβαθμισμένου εξοπλισμού.

Οι Gao, W.,et all., 2014, στο Ηνωμένο Βασίλειο, σε μια μελέτη κοορτής από το 2000-2008 σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξέτασαν μέσα από δείγμα μελέτης από Γενική Βάση Δεδομένων Ηνωμένου Βασιλείου (GPRD) το οποίο καλύπτει το 6% του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου, και περιέχει διαχρονικά δεδομένα σε ατομικό επίπεδο από περίπου 11 εκατομμύρια ασθενείς που έχουν εγγραφεί σε πάνω από 516 πρακτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλη τη Βρετανία. Συνέλεξαν πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, τη διάγνωση, συνταγογραφούμενα φάρμακα, παραπομπές και σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων των οικογενειακών γιατρών από

13.427 ασθενείς με καρκίνο με τουλάχιστον μια συνταγογράφηση ισχυρών οπιοειδών κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ζωής του. Ήταν ένα υποσύνολο από ένα σύνολο 29.847 ασθενών με διάγνωση μιας από τις πέντε μεγάλες μορφές καρκίνου. Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση, χρήση και συνταγογράφηση ισχυρών οπιοειδών σε καρκινοπαθείς κατά τους τελευταίους τρεις μήνες της ζωής τους καθώς επίσης να τεθούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες από τον Π.Ο.Υ., για τη χρήση αναλγητικής κλίμακας με διεθνείς οδηγίες. Μεταξύ των κριτηρίων ένταξης ήταν και μία τουλάχιστον συνταγογράφηση ισχυρών οπιοειδών κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ζωής. Εξετάστηκαν δεκατέσσερα είδη ισχυρών οπιοειδών: μορφίνη, διαμορφίνη, οικογένεια φαιντανύλης (αλφεντανίλη, φαιντανύλη, ρεμιφεντανύλη), οξυκωδόνη, βουπρενορφίνη, υδρομορφόνη, μεθαδόνη, άλλοι (δεξτρομοραμίδης, didiprane, papaveretum, πενταζοκίνη, πεθιδίνη, τραμαδόλη, ταπενταδόλη). Βρέθηκε ότι συνολικά, 26,4% (95% CI: 25,6 - 27,1%) των 13.427 ασθενείς με καρκίνο (πνεύμονα 41,7%, ορθοκολικό 19,1%, 18,6% του μαστού, του προστάτη 15,5%, κεφαλής και λαιμού 5,0%) ήταν πολύπλοκες περιπτώσεις. Πολύπλοκες περιπτώσεις αυξήθηκαν σταθερά κατά την διάρκεια της μελέτης (1,02% ετησίως, 95% CI: 0,42 έως 1,61%,  $\rho = 0.048$ ), αλλά με μια μικρή μείωση 7,5%, (95% CI: -0,03 έως 17,8%) για χρήση ισχυρών οπιοειδών. Διαφάνηκε ότι μια ομάδα γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, «δολοφόνησαν» τους ασθενείς με την ανεξέλικτη χρήση ισχυρών οπιοειδών. Οι πολύπλοκες υποθέσεις με εμμένουσα χρήση οπιοειδών, συνδέονται με έτος θανάτου (PRS vs 2000: 1.05-1.65), αλλά όχι με άλλους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες εκτός από ορθοκολικό καρκίνο (PR vs καρκίνο του πνεύμονα: 1,24, 95% CI: 1,12 - 1,37). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η συνταγογράφηση, παρά τους παράγοντες του ασθενούς, παίζει σημαντικό ρόλο στο τέλος της ζωής, τονίζοντας την ανάγκη για την κατάρτιση και την εκπαίδευση που πηγαίνει πέρα από την ευρέως αναγνωρισμένη προσέγγιση της ΠΟΥ για την κλινική αντιμετώπιση του προβλήματος και την πραγματοποίηση αναλγητικής κλίμακας αντιμετώπισης.

## Πίνακας 2: Σύντομη καταγραφή μελετών

Ερευνητές/ χώρα/ Χρονολογία	Είδος μελέτης / Εργαλείο	Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	Σκοπός μελέτης	Αποτελέσματα
Hui, V. W et all., 2014 Νέα Υόρκη	Μελέτη κοορτής Αναδρομική ανασκόπηση για τον εντοπισμό ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια του Π.Ο.Υ., για την οδοντωτή πολυποδίαση μέσα από αναφορές από παθολογικές εκθέσεις και κολονοσκόπηση. 1999-2009	N= 500 (Πεντακόσιοι) ασθενείς οι οποίοι είχαν τουλάχιστον 2 επιβεβαιωμένα παθολογικά υπερπλαστικών πολυπόδων ή / και άμισχα οδοντωτά αδενωμάτων / πολύποδες διαγνώστηκαν μεταξύ 1999 και 2009 Αξιολογήθηκαν με βάση τη πρωταρχική μέτρηση έκβασης και τον αριθμός των οδοντωτών περιπτώσεων πολυποδίαση.	Να εξεταστεί η χρήση ενός κατώτερου ορίου αναφοράς για να προληφθεί η αύξηση οδοντωτής πολυποδίασης που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του παχέως εντέρου.	Διαφάνηκε ότι το κατώτερο σημείο αναφοράς (cutoff point) τουλάχιστον σε 2 παθολογικά ευρήματα με οδοντωτές βλάβες μπορεί να χρησιμεύσει ως εργαλείο ελέγχου για τον εντοπισμό των ασθενών για το σύνδρομο οδοντωτής πολυποδίασης. Σαράντα από τους 500 (8%) ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια του Π.Ο.Υ., για το σύνδρομο οδοντωτής πολυποδίασης. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 4 κολονοσκοπήσεις (εύρος, 1-23). 16 ασθενείς με ιστορικό καρκίνου του παχέως εντέρου είχαν διαγνωστεί με οδοντωτή πολυποδίαση, είτε κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου ή κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής κολονοσκοπήσεις.
Petersen, P. E. (2009), Π.Ο.Υ., Γενεύη, Ελβετία	Πρόγραμμα στοματικής υγείας Παγκόσμια στρατηγική του Π.Ο.Υ. Ο στοματικός καρκίνος είναι σημαντική συνιστώσα της παγκόσμιας επιβάρυνσης του καρκίνου. Καπνός και αλκοόλ θεωρούνται	Η Χρήση καπνού, η ανθυγιεινή διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ, ο ανενεργό τρόπος ζωής, η μόλυνση περιβάλλοντος, οι Χαμηλού εισοδήματος και χωρίς στοιχειώδη μόρφωση είναι	Έλεγχος και πρόληψη καρκίνου στοματικής κοιλότητας.	Ο κίνδυνος σε αναλογία πληθυσμού για ανάπτυξη καρκίνου σε άτομα που καπνίζουν και της κατανάλωσης αλκοόλ εκτιμάται στο 80% για τους άνδρες, 61% <sup>24</sup> για τα θηλυκά και 74%

	ως τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του στόματος	μειονεκτούσες ομάδες και γενικά είναι πιο εκτεθειμένοι σε παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου.		συνολικά. Η απόδειξη ότι η χρήση καπνού χωρίς καύση προκαλεί καρκίνο του στόματος επιβεβαιώθηκε πρόσφατα από το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο. Επίσης η πρόσληψη αλκοολούχων φαίνεται να συμβάλλουν ανεξάρτητα σε καρκινογένεση στόματος. . Ο ΠΟΥ έχει δημιουργήσει ένα παγκόσμιο σύστημα επιτήρησης της στοματικής κοιλότητας του καρκίνου, προκειμένου να αξιολογήσει τους παράγοντες κινδύνου και να βοηθήσει το σχεδιασμό αποτελεσματικών εθνικών προγραμμάτων παρέμβασης.
Van der Plas, A. G.,et all., 2015, Άμστερνταμ, Ολλανδία	Συγχρονική μελέτη Δόθηκαν ερωτηματολόγια σε καρκινοπαθείς. Συνεντεύξεις αυτό/αναφοράς Ιατρικές αναφορές από ιατρικά αρχεία.	N=687 Καρκινοπαθείς ασθενείς	Η διερεύνηση για την παραπομπή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία τους στόχους και τις ανάγκες όπως αντανακλάται στην αιτιολογία της παραπομπής.	Διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς που αναφέρονται έχουν σκοπό τη θεραπεία (69%). Ακολουθεί το προσδόκιμο ζωής και η λειτουργική κατάσταση τους.(69%). Χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρουσιάζουν οι ασθενείς με θεραπεία στόχο την ανακούφιση (65%). Η ανάγκη για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη συχνά δίνεται ως λόγος για την παραπομπή (66%), ανεξάρτητα από το σκοπό της θεραπείας.
Arora, N.,et	Μελέτη κοορτής	N=5115	Να αναλύσει την κατανομή των	Η συχνότητα των λεμφώματα σε

<p>all., 2013 Νότια Ινδία</p>	<p>Ιστολογικό υλικό με ιστοπαθολογική διάγνωση του λεμφώματος, που διαγνώστηκε σε μια περίοδο 10 ετών (2001-2010), αναλύθηκε αναδρομικά.</p>	<p>Hodgkin λέμφωμα (HL) αποτελούσαν το 21,3% (n = 1089) και μη-Hodgkin λεμφώματα (NHLs) αποτελούσαν 78,7% (n = 4026). Από αυτά, Β-κυττάρου νεοπλασμάτων αντιπροσώπευαν 78,6% (n = 3166) και Τ-κυττάρων / φυσικών φονέων (NK) των β-κυττάρων νεοπλάσματα 20,2% (n = 815) των NHLs. Η συνηθέστερη υπότυπος του NHL ήταν διάχυτη από μεγάλα Β-κυτταρικό λέμφωμα (n = 1886, 46,9%).</p>	<p>λεμφικών νεοπλασιών σε ένα ενιαίο κέντρο τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Ινδία με βάση τη κατάταξη και ανάλυση που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 2008</p>	<p>αυτή τη μελέτη ήταν υψηλότερη από ό, τι στο δυτικό κόσμο αλλά μικρότερη από τη συχνότητα σε ορισμένες χώρες της Ασίας. Παρόμοια με το δυτικό κόσμο, αλλά σε αντίθεση με προηγούμενες ινδική μελέτες, έδειξαν περιφερικό Τ-κυττάρου λέμφωμα, (PTCL NOS) (n = 238) συχνότερες περιπτώσεις σε αυτή τη μελέτη και τη σύνθεσή 5,9% του συνόλου. Πρωτογενής εξωλεμφαδενικής λέμφωμα (ENL) αντιπροσώπευαν 32,8% (n = 1321) όλων των NHLs και πιο συχνά εμπλέκονται στο γαστρεντερικό σωλήνα. Η μελέτη τεκμηριώνει επίσης τη συχνότητα του πολλά σπάνια είδη λεμφώματος στη Νότια Ινδία με βάση τις συγκρίσεις που εξασφάλισε ο Π.Ο.Υ.</p>
<p>Nyarko, K. M., et al., 2016 Γκάνα Αφρική</p>	<p>Συγχρονική μελέτη 9/6-28/6 /29013 Δεδομένα σχετικά με τους ανθρώπινους πόρους, τον εξοπλισμό, τη χρήση των υπηρεσιών, τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και τη χρηματοδότηση της υγείας μέσω συνεντεύξεων και παρατήρησης. ανάλυση</p>	<p>N= 23 μονάδες υγείας Περιλαμβάνει δύο περιφερειακά νοσοκομεία, τρία νοσοκομεία περιοχή, εννέα κέντρα υγείας και εννέα Κοινότητα με βάση Προγραμματισμού Υγείας και Υπηρεσιών (CHPS) Όλα τα νοσοκομεία είχαν ιατρικών συμβούλων, ενώ 4 (44,4%) των κέντρων υγείας είχαν οι βοηθοί γιατρού.</p>	<p>Η εκτίμηση της χωρητικότητας των επιλεγμένων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης για μη μεταδοτικές ασθένειες. Για την πρόληψη και τον έλεγχο μη μεταδοτικών νόσημάτων, όπως έχει επικηρύξη η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Πακέτο για NCD (WHO-PEN)</p>	<p>Διαφάνηκε ότι υπάρχουν κενά στην κατανομή ανθρώπινων πόρων και υπηρεσιών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με βάση την επικηρύξη του WHO-PEN. Καμία από τις εγκαταστάσεις υγείας δεν είχε τον απαραίτητο εξοπλισμό και μόνο ένα κέντρο υγείας είχε κύλινδρο οξυγόνου, μηχανάκι για μέτρηση ζαχάρου, και νεφελοποιητή. Υπάρχουν</p>

				<p>βασικές ελλείψεις στον εξοπλισμό για εξασφάλιση πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της υγειονομικής περίθαλψης με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, ελλείψεις σε βασικό εξοπλισμό, φάρμακα και διαγνωστικά.</p>
<p>Akinyemijuet all., 2015 Νότια Αφρική</p>	<p>Συγχρονική μελέτη Τυχαία δειγματοληψία 2002-2004</p> <p>Με προσωπικές συνεντεύξεις που επικεντρώθηκαν σε νοικοκυριά σε ατομικά χαρακτηριστικά, παράγοντες κινδύνου, και τα αποτελέσματα για την υγεία.</p> <p>Χρησιμοποιήθηκε η παγκόσμια έρευνα υγείας του Π.Ο.Υ., για την Ν. Αφρική, το 2003 για σύγκριση</p>	<p>N=1.236 γυναίκες συμμετείχαν στην έρευνα στη Νότια Αφρική και 274 (22,2%) από αυτούς είχαν λάβει γυναικολογική εξέταση, με ή χωρίς το τεστ Παπανικολάου κατά τα τελευταία 3 χρόνια.</p> <p>Δημογραφικά και κοινωνικό/οικονομικά χαρακτηριστικά λήφθηκαν υπόψη</p>	<p>Να προσδιοριστεί ο επιπολασμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο προσυμπτωματικός έλεγχος του με την πυελική εξετάσεις και / ή τεστ Παπανικολάου σε γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω.</p> <p>Επίσης εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ πολλαπλών διαστάσεων της πρόσβασης στην υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο τις προσιτές τιμές, τη διαθεσιμότητα, τη διαμονή και την αποδοχή</p>	<p>Διαφάνηκε ότι Υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ελεγμένων και μη ελεγμένων γυναικών σε σχέση με την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την κατάσταση της απασχόλησης και των νοικοκυριών.</p> <p>1 στις 4 γυναίκες (25,3%, n = 65) των γυναικών παρακολούθησαν μια μονάδα φροντίδας υγείας τον τελευταίο χρόνο και ελέγχονται για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.</p> <p>Τα ευρήματά υποδηλώνουν ότι τα ζητήματα του κόστους (στατικό προσιτότητα) και άλλοι παράγοντες όπως το επίπεδο ασθενή ήταν λιγότερο σημαντικοί προάγγελι του προσυμπτωματικού ελέγχου σε σχέση με τη διαθεσιμότητα των ιατρών σε αυτόν τον πληθυσμό</p>
Hølge-	Συγκριτική μελέτη για τα	<b>Δανία:</b> 5.5 εκ. πληθυσμό	Να διερευνηθεί η εμπλοκή των	Διαφάνηκε ότι ο ρόλος του



<p>Hazelton, B,et all.,2010 Δανία</p>	<p>συστήματα υγείας όσον αφορά νεαρούς επιζώντες από καρκίνο.</p> <p>Μελετήθηκαν 4 χώρες : Δανία, Ολλανδία, Η.Π.Α., Καναδάς για την εμπλοκή των οικογενειακών γιατρών σε ενήλικες επιζώντες καρκινοπαθείς στην Π.Φ.Υ.</p>	<p>Ασχολείται με προβλήματα γενικής υγείας και οι υπηρεσίες της είναι διαθέσιμες σε όλους. <b>Ολλανδία</b> 16.5εκ. πληθυσμό Το σύστημα υγείας παρέχει πρόσβαση για όλους τους πολίτες με ένα μικτό δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα. <b>ΗΠΑ</b>: 308 εκ. πληθυσμό. Η ασφαλής υγειονομική περίθαλψη δεν είναι υποχρεωτική, αλλά μπορούν να αγοραστούν σε εθελοντική βάση, και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ελέγχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες. <b>Καναδάς</b>: 32 εκ. πληθυσμό Οι δαπάνες υγειονομικής Υγείας χρηματοδοτούνται ομοσπονδιακά αλλά και χορηγούνται ιδιωτικά.</p>	<p>οικογενειακών γιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε νεαρούς ενήλικες επιζώντες καρκινοπαθείς σε διεθνείς επίπεδο .</p>	<p>οικογενειακού γιατρού είναι περιορισμένος στην παρακολούθηση και φροντίδα των ενήλικων νεαρών επιζώντων από καρκίνο. Σε όλες τις χώρες, οι νεαροί ενήλικες επιζώντες καρκινοπαθείς αντιμετωπίζονται στη τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους ειδικούς που παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται από την καθολική ασφάλιση υγείας στη Δανία, την Ολλανδία και τον Καναδά, αλλά όχι στις ΗΠΑ. Με το τέλος της οξείας φάσης και κατ'επέκταση της ίασης, μπορεί να αντιμετωπίζουν δυνητικά προβλήματα όπως ψυχοκοινωνικά προβλήματα και άλλα και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν ολικά σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.</p>
<p>Gao, W.,et all., 2014 Ηνωμένο Βασίλειο.</p>	<p>Μελέτη κοορτής σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. 2000-2008 Δείγμα μελέτης από Γενική Βάση Δεδομένων Ηνωμένου Βασιλείου.(GPRD) καλύπτει το 6% του πληθυσμού</p>	<p>N= 13.427 ασθενείς με καρκίνο με τουλάχιστον μια συνταγογράφηση ισχυρών οπιοειδών κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ζωής του . Ήταν ένα υποσύνολο από ένα</p>	<p>Να διερευνήσει την χρήση και συνταγογράφηση ισχυρών οπιοειδών σε καρκινοπαθείς κατά τους τελευταίους τρεις μήνες της ζωής τους καθώς επίσης να τεθούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες από τον</p>	<p>Διαφάνηκε ότι συνολικά, 26,4% (95% CI: 25,6 - 27,1%) των 13.427 ασθενείς με καρκίνο (πνεύμονα 41,7%, ορθοκολικό 19,1%, 18,6% του μαστού, του προστάτη 15,5%, κεφαλής και λαιμού 5,0%) ήταν πολύπλοκες</p>

	<p>του Ηνωμένου Βασιλείου, και περιέχει διαχρονικά δεδομένα σε ατομικό επίπεδο από περίπου 11 εκατομμύρια ασθενείς που έχουν εγγραφεί πάνω από 516 πρακτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλη τη Βρετανία. Συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, τη διάγνωση, συνταγογραφούμενα φάρμακα, παραπομπές και σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων των οικογενειακών γιατρών</p>	<p>σύνολο 29.847 ασθενών με διάγνωση μιας από τις πέντε μεγάλες μορφές καρκίνου.</p> <p>Τα κριτήρια ένταξης για την επιλογή των ασθενών από τη βάση δεδομένων GPRD ήταν: Μια διάγνωση μιας από τις πιο κοινές πρωτογενείς μορφές καρκίνους (του πνεύμονα, ορθοκολικό, μαστού, προστάτη, κεφαλής και λαιμού), τα οποία προσδιορίζονται με τους κωδικούς ανάγνωσης.</p> <p>Αν Πέθανε μεταξύ 01/01/2000 και 31/12/2008</p> <p>Εγγεγραμμένοι στα πρακτικά GPRD για τουλάχιστον ένα χρόνο.</p> <p>Με τουλάχιστον μία συνταγογράφηση ισχυρών οπιοειδών κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ζωής.</p>	<p>Π.Ο.Υ., για τη χρήση αναλγητικής κλίμακας με διεθνείς οδηγίες.</p>	<p>περιπτώσεις. Πολύπλοκες περιπτώσεις αυξήθηκε σταθερά κατά την διάρκεια της μελέτης (1,02% ετησίως, 95% CI: 0,42 έως 1,61%, <math>\rho = 0.048</math>), αλλά με μια μικρή μείωση 7,5%, (95% CI: -0,03 έως 17,8%) για χρήση ισχυρών οπιοειδών.</p> <p>Η πολύπλοκες υποθέσεις με εμμένουσα χρήση Οπιοειδών συνδέονται με έτος θανάτου (PRS vs 2000: 1.05-1.65), αλλά όχι άλλους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες εκτός από ορθοκολικό καρκίνο (PR vs καρκίνο του πνεύμονα: 1,24, 95% CI: 1,12 - 1,37) .</p> <p>Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η συνταγογράφηση , παρά τους παράγοντες κινδύνου του ασθενούς, παίζει σημαντικό ρόλο στο τέλος της ζωής, τονίζοντας την ανάγκη για την κατάρτιση και την εκπαίδευση που πηγαίνει πέρα από την ευρέως αναγνωρισμένη προσέγγιση της ΠΟΥ για την κλινική αντιμετώπιση του προβλήματος και την πραγματοποίηση αναλγητικής κλίμακας αντιμετώπισης</p>
--	--	--	---	--

## Συζήτηση

Ο Καρκίνος και οι μη μεταδοτικές ασθένειες είναι ένα σημαντικό θέμα, όχι μόνο για τις αναπτυσσόμενες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Η Δημόσια υγεία και η πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα προσφέρουν μεγάλες δυνατότητες για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των ασθενειών αυτών μέσω της κοινότητας και της οικογένειας με βάση προσεγγίσεις. Ο Π.Ο.Υ., έχει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία. Ο Οργανισμός έχει σχεδιαστεί για να παρέχει χαμηλού κόστους παρεμβάσεις με μεγάλο αντίκτυπο μέσα από την πρωτοβάθμια προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό απαιτεί ιεράρχηση των πόρων και την παροχή της απαιτούμενης προσοχής για την παροχή φροντίδας. Οι εγκαταστάσεις υγείας δεν είναι οι απαιτούμενες για την ομαλή παροχή των εκάστοτε παρεμβάσεων (Nyarko, K., et al., 2016). Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν, επίσης, την έλλειψη βασικών φαρμάκων που απαιτούνται για την κατάλληλη διαχείριση των περιστατικών στα διάφορα επίπεδα της περίθαλψης. Έτσι, υπάρχει η ανάγκη για παρακολούθηση και περιοδική αξιολόγηση των εγκαταστάσεων και των επιπτώσεων από κάθε παρέμβαση (Nyarko, K. M., et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Petersen P., et al., ο Π.Ο.Υ., καλεί τα κράτη μέλη να λάβουν μέτρα για να διασφαλίσουν τη πρόληψη του καρκίνου του στόματος το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των εθνικών προγραμμάτων ελέγχου του καρκίνου, καθώς και τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας ή/και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με εκπαίδευση του προσωπικού στην υγεία της στοματικής κοιλότητας στην ανίχνευση, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία για τον έλεγχο του καρκίνου. (Petersen, P. E., et al., 2009).

Παραπομπές στη Π.Φ.Υ., αντανakλούν δύο από τα τρία στοιχεία του ορισμού του ΠΟΥ. Κυρίως, οι ασθενείς παραπέμπονται για στήριξη συμπληρωματική ιατρική περίθαλψη, και σχετικά νωρίς στην πορεία της νόσου τους. Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά αναφέρονται σε ασθενείς με καρκίνο. Έτσι, για να αντικατοπτρίζει πλήρως τον ορισμό, διευρύνοντας το πεδίο εφαρμογής για την επίτευξη από άλλες ομάδες ασθενών είναι σημαντική.

Τρία σημαντικά στοιχεία του ορισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) της παρηγορητικής φροντίδας είναι: 1) περιλαμβάνει τους ασθενείς που μπορεί να έχουν θεραπεία ή την παράταση ζωής ως θεραπεία εκτός από παρηγορητική φροντίδα 2) δεν είναι αποκλειστικά για τους ασθενείς με καρκίνο και 3) περιλαμβάνει την εστίαση στις ιατρικές,

ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Οι νοσηλευτές με εμπειρία στην παρηγορητική φροντίδα μπορεί να συμβάλουν στη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της καλής παρηγορητικής φροντίδας (Van der Plas, A. G., et al., 2015).

Ο έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου και οι στόχοι για εμβολιασμού για τον ιό HPV απαιτεί σημαντικές επενδύσεις τόσο στο εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης, όσο και στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης των εργαζομένων ιδιαίτερα στις φτωχές και αγροτικές περιοχές, καθώς και τη βελτίωση της κατάρτισης του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού που κρίνεται ως επιτακτική ανάγκη για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Akinyemijuet all., 2015).

Συμπερασματικά, ο καρκίνος σε μεγάλο βαθμό μπορεί να προληφθεί, να αποφευχθεί και θεραπευτεί, ένα πρόγραμμα έλεγχου του καρκίνου μπορεί να είναι σε θέση να μειώσει την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα και να βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο οι στόχοι του εκάστου προγράμματος ελέγχου του καρκίνου για να επιτευχθεί εξαρτάται από τους περιορισμούς των πόρων που αντιμετωπίζει μια χώρα. Τα σχέδια ελέγχου του καρκίνου του Π.ΟΥ., πρέπει να λαμβάνονται υπόψη βάσει πληθυσμού. Πρέπει να δώσουν προτεραιότητα σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε προγράμματα που είναι ευεργετικά για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, και να περιλαμβάνει δραστηριότητες που εναπόκεινται στην πρόληψη, ανίχνευση, έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την ανακούφιση στο τέλος του κύκλου ζωής τους στη φροντίδα και αποκατάσταση. Προκειμένου να αναπτυχθεί ένα επιτυχημένο πρόγραμμα ελέγχου του καρκίνου, η ηγεσία και τα ενδιαφερόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων των ασθενών, πρέπει να εμπλακούν νωρίς στην διαδικασία, έτσι ώστε όλοι οι εταίροι να μπορούν να αναλάβουν την ευθύνη και την εφαρμογή για τα πρόγραμμα.

## Συμπεράσματα

Κατανοώντας επαρκώς τα αίτια για την αποφυγή τουλάχιστον του ένα τρίτου όλων των καρκίνων παγκοσμίως και έχοντας πληροφορίες που επιτρέπουν την έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική θεραπεία τουλάχιστον στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Αν και το υπάρχον σώμα των γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου, τη θεραπεία και την παρηγορητική φροντίδα είναι διευρυμένο, περαιτέρω έρευνα είναι αναγκαία. Παρ' όλα αυτά, η γνώση αυτή δεν εφαρμόζεται πάντα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι προσπάθειες για την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου παρεμποδίζεται από τη χαμηλή προτεραιότητα για την νόσο και την υγεία που προσφέρονται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, τις δαπάνες για τη θεραπεία αλλά και την σημαντική ανισορροπία μεταξύ των πόρων που διατίθενται για βασικές έρευνες σχετικά με τον καρκίνο και δαπάνες σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο του.

Για παράδειγμα, η πρωταρχική πρόληψη, η έγκαιρη ανίχνευση και η παρηγορητική φροντίδα συχνά παραμελείται υπέρ των προσανατολισμένων προς τη θεραπεία προσεγγίσεων, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου αυτές οι προσεγγίσεις δεν είναι οικονομικά αποδοτικές. Ο γενικός στόχος της πρόληψης και ελέγχου του καρκίνου είναι η μείωση τη συχνότητα και τη θνησιμότητα του καρκίνου και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών και των οικογενειών τους.

Διάφορα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για να βοηθήσουν στη διαδικασία σχεδιασμού και υλοποίησης. Ωστόσο, οι χώρες για να επωφεληθούν χρειάζονται την ανάπτυξη ενός εθνικού προγράμματος ελέγχου του καρκίνου για το σχεδιασμό με βάση το πληθυσμό και την κουλτούρα του. Χρειάζονται ρυθμίσεις με διαφορετικά επίπεδα δέσμευσης πόρων, προκειμένου να προσδιοριστεί ο καλύτερος τρόπος για πολιτική δέσμευση και παροχή πόρων.

Δεδομένου ότι η προτεραιότητα που δίνεται στα διάφορα στοιχεία του ελέγχου του καρκίνου διαφέρουν ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και το βάρος και το σχήμα του καρκίνου, είναι σημαντικό να εξεταστεί ο ρόλος της πρόληψης, της έγκαιρης ανίχνευσης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και της παρηγορητικής φροντίδας σε έλεγχο του καρκίνου προγράμματος, καθώς και πώς να ευθυγραμμίσει τους διαθέσιμους πόρους για την κάλυψη των αναγκών προτεραιότητας.

Οι εμπειρίες από τις χώρες με διαφορετικά επίπεδα πόρων που παρουσιάζονται χρησιμεύσει για να τονίσει τις δυσκολίες στην ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου του καρκίνου, καθώς και τις καινοτόμες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη μεγιστοποίηση των διαθέσιμων πόρων και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς με καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Anand P, Kunnumakkara AB, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, Sung B, Aggarwal BB (September 2008). Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. 25, 2097–116. doi:10.1007/s11095-008-9661-9.
- Arora, N., Manipadam, M. T., & Nair, S. (2013). Frequency and distribution of lymphoma types in a tertiary care hospital in South India: analysis of 5115 cases using the World Health Organization 2008 classification and comparison with world literature. *Leukemia & lymphoma*, 54(5), 1004-1011.
- Bomar, J. & Sabatelli, R., 1996. Family system dynamics, gender, and psychosocial maturity in late adolescence. *Journal of Adolescent Research*. Available at: <http://jar.sagepub.com/content/11/4/421.short> [Accessed April 10, 2017].
- Boylel P., Autier P., Bartelink H., Baselga J., Boffetta P., Burn J., Burns HJG., Christensen L., Denis L., Dicato M., Diehl V., Doll R., Franceschi S., Gillis CR., Gray N., Griciute L., Hackshaw A., Kasler M., Kogevinas M., Kvinnsland S., La Vecchia C., Levi F., McVie JG, Maisonneuve P., Martin-Moreno JM., Newton Bishop J., Oleari F., Perrin P., Quinn M., Richards M., Ringborg U., Scully C., Siracka C., Storm H., Tubiana M., Tursz T., Veronesi U., Wald N., Weber W., Zaridze DG., Zatonski W., Hausen H., 2003. European Code Against Cancer and scientific justification: third version, [annonc.oxfordjournals.org](http://annonc.oxfordjournals.org) .17/3/2017
- Brown, L., Oliver-Baxter, J. & Bywood P. (2013). International trends and initiatives in primary health care. *PHCRIS Research Roundup*, Issue 3.
- Gao, W., Gulliford, M., Bennett, M. I., Murtagh, F. E. M., & Higginson, I. J. (2014). Managing Cancer Pain at the End of Life with Multiple Strong Opioids: A Population-Based Retrospective Cohort Study in Primary Care. *PLoS ONE*, 9(1), e7926.
- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ (4 Jun 2013). «Screening for breast cancer with mammography.». *The Cochrane database of systematic reviews* 6: CD001877. doi:10.1002/14651858.CD001877.pub5. PMID 23737396.
- Hølge-Hazelton, B., Blake-Gumbs, L., Miedema, B., & van Rijswijk, E. (2010). Primary care for young adult cancer survivors: an international perspective. *Supportive care in cancer*, 18(10), 1359-1363.
- Hui, V. W., Steinhagen, E., Levy, R. A., Sood, R., Shia, J., Markowitz, A. J., & Guillem, J. G. (2014). Utilization of colonoscopy and pathology reports for identifying patients meeting the world health organization criteria for serrated polyposis syndrome. *Diseases of the Colon & Rectum*, 57(7), 846-850.

- Lionis, C. & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In O' Donohue, W. and Maragakis, A. (Eds.), Integrated Primary and Behavioral Care. Springer.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. International Journal of Integrated Care. ISSN 1568-4156
- Nyarko, K. M., Ameme, D. K., Ocansey, D., Commeh, E., Markwei, M. T., & Ohene, S. A. (2016). Capacity assessment of selected health care facilities for the pilot implementation of
- Parkin, DM; Boyd, L; Walker, LC (2011). «16. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010.». British journal of cancer 105 Suppl 2: S77-81. doi:10.1038/bjc.2011.489. PMID 22158327.
- Petersen, P. E. (2009). Oral cancer prevention and control–The approach of the World Health Organization. Oral oncology, 45(4), 454-460.
- Smith RA., Cokkinides V., Brooks D., Saslow D., Shah M., Brawley that prevent, cure and care, World health Organization, 2007, ISBN 9789241595438 <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf> στις 15/3/2017
- Tomatis L (2002), The IARC monographs program: Changing attitudes towards public health. Int J Occup. Environ Health 8 (2): 144–52. 12019681.
- Van der Plas, A. G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Francke, A. L., Jansen, W. J., Vissers, K. C., & Deliens, L. (2015). Palliative care case managers in primary care: a descriptive study of referrals in relation to treatment aims. Journal of palliative medicine, 18(4), 324-331.
- "WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel"WHO. 2010. »
- World Health Organization (2015a). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report.

## **Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Εθνική Στρατηγική Υπουργείου Υγείας για καρκίνο(2009) Κύπρος.,(Ε.Σ.Υ.Υ.Κ.,2009) Υπουργείο Υγείας Κύπρου. Εθνικό Σύστημα Υγείας:Άρθρο 5, Νόμος 1397/83 , ΦΕΚ 143, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001 Θεσσαλονίκη
- Τούντας Γ. (2003), Συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20 (1) :76-78